AZIENDA
OSPEDALIERA
SAN PIO

B E N E V E N T O

Regolamento

“Sistema di Controllo Interno”

INDICE

PREMESSA..... 3

SCOPO.....4

IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO 4
Collegio sindacale 5
Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.) 6
Comitato Unico di Garanzia 6
Cabina di Regia su Adempimenti LEA ed Obiettivi Strategici..... 6
Commissione di Internal Audit sui Provvedimenti amministrativi..... 7
Nucleo Ispettivo Aziendale..... 7
Team Pluripresidiale per la gestione del Rischio Clinico..... 8
Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza..... 9
Organismo di audit "Qualità e sicurezza delle cure" 10
Comitato Buon Uso del Sangue..... 10
Commissione per l'accertamento del rischio radiologico..... 10
Commissione Prontuario Terapeutico Ospedaliero..... 11
Commissione Internal Auditing sui PAC..... 11
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) 11
Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) 12
Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio (RTSA) 12
Data Protection Officer (DPO) 12

NORME DI RINVIO E FINALI..... 13

PREMESSA

Il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, di "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*", stabilisce all'art. 8-octies che "*La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese.*".

Il concetto di controllo interno viene amplificato dal D.Lgs. 30 giugno 1999, n. 286, rubricato "*Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59*", che all'art. 1 statuisce l'obbligo per le pubbliche amministrazioni, nell'ambito della rispettiva autonomia, di dotarsi di un sistema di controlli interni "*adeguati a: a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile); b) verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione); c) valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza); d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico)*".

Il D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, apportando alcune modifiche al D.Lgs. 286/1999, ha introdotto l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.), da istituire presso ogni pubblica amministrazione, che "*sostituisce i servizi di controlli interno, comunque denominati, di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, ed esercita … altresì, le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato decreto legislativo n. 286 del 1999, e riferisce, in proposito, direttamente all'organo di indirizzo politico-amministrativo.*".

Al descritto quadro vanno addizionate disposizioni normative tese al controllo di legittimità e di regolarità amministrativo-contabile (Collegio Sindacale), al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure (Risk Management), alla verifica del rispetto delle linee programmatiche da parte dei delegati alle attività di gestione amministrativo-contabile o all'applicazione delle procedure scaturenti dal Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci (Commissione Internal Auditing), alla sorveglianza in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT), etc.

Il ruolo del sistema dei controlli interni, fondamentale in qualsiasi organizzazione, acquisisce ancor più rilevanza in un'Azienda Ospedaliera, chiamata ad offrire prestazioni per il miglioramento della salute degli utenti attraverso l'utilizzo di risorse pubbliche.

Non a caso la Corte dei Conti europea ha definito il controllo interno come "l'insieme di tutte le strategie e procedure concepite ed attuate dalla direzione di un organismo al fine di garantire il raggiungimento economico, efficiente ed efficace degli obiettivi dell'organismo; l'osservanza delle norme esterne, (leggi, regolamenti, etc.) e delle politiche di gestione; la tutela dei beni e delle informazioni; la prevenzione e l'individuazione delle frodi e degli errori".

Ne scaturisce che il sistema di controllo interno deve essere concepito come parte integrante del complessivo assetto gestionale dell'Azienda e come strumento principale di verifica della capacità di rispondere, nell'ambito della programmazione degli obiettivi strategici ed operativi, alle esigenze di salute dei cittadini con atti ed attività ossequiose delle disposizioni normative vigenti.

SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di delineare, a livello di principi generali, il sistema integrato dei controlli interni, definendo l'organizzazione, le metodologie e gli strumenti di controllo finalizzati a garantire la legittimità, la regolarità, la correttezza e l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, a valutare le prestazioni, le attività, le competenze dei vari operatori e l'adeguatezza delle scelte compiute e dei processi di gestione in sede di attuazione della programmazione ed a prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a norme nazionali, regionali ed aziendali.

IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO

I controlli interni possono essere:
- generali e/o specifici
- preventivi e/o ispettivi.

I controlli generali si riferiscono all'organizzazione ed all'andamento di una singola U.O. o dell'Azienda nel suo complesso, mentre quelli specifici attengono a singole procedure.

I controlli preventivi sono finalizzati ad evitare atti ed attività non conformi alle normative vigenti o non rispondenti alla missione ed alla vision aziendali, mentre i controlli ispettivi si inseriscono in un quadro già definito di operazioni che eventualmente hanno manifestato conseguenze negative.

Il sistema dei controlli interni si articola su tre livelli:
- *1° LIVELLO*, diretto ad assicurare il corretto svolgimento delle operazioni, è effettuato dagli stessi Responsabili di Unità Operativa (controlli di tipo gerarchico) o incorporato nelle procedure e sistemi informatici, ovvero eseguito nell'attività di back-office. Essendo finalizzato a coprire singoli rischi o raggruppamenti di rischi all'interno delle strutture dell'Azienda, i controlli che ne scaturiscono sono da considerarsi "permanenti";
- *2° LIVELLO*, affidato a strutture diverse dalle UU.OO., dotate di indipendenza e autonomia, che effettuano controlli, chiamati "periodici", su tematiche riguardanti rischi a livelli più elevati per garantire che l'assetto organizzativo, amministrativo-contabile e normativo dell'Azienda sia conforme a quanto disposto dal legislatore (ad es. Collegio Sindacale, OIV, etc.);
- *3° LIVELLO*, diretto ad individuare andamenti anomali, violazioni delle procedure e delle regolamentazioni, nonché a valutare la funzionalità del complessivo sistema dei controlli interni ed a fornire una generale assurance sul suo corretto funzionamento (ad es. NIA, CUG, etc.);

Nel disegno complessivo del sistema di controllo interno sono individuati i seguenti Organi / Organismi sulla base di disposizioni normative, di valutazioni di opportunità o di best pratices:

- Collegio sindacale
- Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.)
- Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)
- Cabina di Regia su Adempimenti LEA ed Obiettivi Strategici
- Commissione di Internal Audit sui Provvedimenti amministrativi
- Nucleo Ispettivo Aziendale (N.I.A.)
- Team Pluripresidiale per la gestione del Rischio Clinico

- Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- Organismo di audit "Qualità e sicurezza delle cure"
- Comitato Buon Uso del Sangue
- Commissione per l'accertamento del rischio radiologico
- Commissione Prontuario Terapeutico Ospedaliero
- Commissione Internal Auditing sui PAC
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio (RTSA)
- Data Protection Officer (DPO)

COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale, previsto dall'art. 3 ter del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. è un organo collegiale, titolare della funzione di controllo istituzionale relative all'andamento delle attività dell'Azienda e dalla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa ai principi di legalità e di economicità, con particolare riferimento agli aspetti economico-finanziari.

Il Collegio Sindacale, nominato dal Direttore Generale in esito al procedimento di designazione, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute.

Spetta al Collegio Sindacale il controllo della regolarità amministrativa e contabile, finalizzato a garantire il rispetto della legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa e contabile.

Il Collegio Sindacale esercita, in ottemperanza a quanto espressamente previsto dalla legge, le seguenti funzioni di vigilanza e controllo:

- ✓ effettua controlli sull'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- ✓ vigila sull'osservanza della legge;
- ✓ accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

Il Collegio Sindacale esercita le proprie funzioni collegialmente e, pertanto, le attività da svolgere richiedono che le relative decisioni siano prese a maggioranza assoluta. Ad ogni sindaco, individualmente, è consentito procedere ad un'attività di ispezione e controllo, ossia ad iniziative di carattere istruttorio, propedeutiche all'assunzione di decisioni che rimangono comunque sempre collegiali. Il Collegio si riunisce periodicamente; delle sedute del Collegio fa fede il registro delle adunanze e dei verbali conservati in originale presso la Segreteria del Collegio.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2 del D. Lgs. n. 286/1999, le attività relative al controllo interno di regolarità amministrativa e contabile sono svolte dal Collegio Sindacale con il supporto delle strutture organizzative, di volta in volta coinvolte nelle verifiche. Il Collegio Sindacale, in quanto organo istituzionale, ispira l'esercizio delle proprie funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa con la Direzione Strategica aziendale.

Il Direttore Generale è tenuto a trasmettere formalmente al Collegio tutti i documenti e gli atti sui quali debbono essere espressi pareri oppure siano necessari alla redazione delle relazioni previste dalla legge. Per quanto non previsto, si fa espresso rinvio alle disposizioni contenute nell'art. 3 ter del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., e alle disposizioni regionali.

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è istituito, in applicazione della disciplina legislativa in materia di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale di cui al D.Lgs. 150/2009 e smi, come modificato dal D.Lgs. 74/2017, come organismo indipendente, che esercita le sue funzioni in piena autonomia gestionale, riferendo direttamente all'organo di indirizzo politico-amministrativo dell'Azienda, che lo nomina.

L'OIV è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica, supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione. Promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa.

Quanto ai compiti degli OIV in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione si rimanda all'art. 1 della Legge 190/2012, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, di "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.", nonché agli indirizzi espressi in materia da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Per ulteriori approfondimenti ci si riporta al Regolamento aziendale in materia.

COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)

Il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni per le pubbliche amministrazioni", istituito con Legge 4 novembre 2010, n. 182 e nominato a livello aziendale con specifico provvedimento, ha come finalità quella di:

- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro e migliorare l'efficienza prestazionale attraverso la realizzazione di un ambiente lavorativo caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità e di benessere organizzativo;
- contrastare qualsiasi forma di discriminazione diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- contrastare ogni forma di violenza anche morale e psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Ha composizione paritetica tra i componenti in rappresentanza dell'Amministrazione e componenti in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali e compiti propositivi, consultivi e di verifica.

Per ulteriori approfondimenti ci si riporta al Regolamento aziendale in materia.

CABINA DI REGIA SU ADEMPIMENTI LEA ED OBIETTIVI STRATEGICI

L'Azienda, al fine di affiancare la Direzione Strategica nel processo di monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi strategici assegnati dalla Regione e degli adempimenti LEA, ha

inteso costituire, con specifico provvedimento, un apposito organismo interno multidisciplinare, chiamato a prodigarsi per l'implementazione di un cruscotto direzionale, che consenta al management di:

- interpretare i fenomeni gestionali per indirizzare correttamente le scelte strategiche utili al governo e allo sviluppo interno;
- intraprendere le azioni di monitoraggio del conseguimento degli obiettivi strategici ed operativi.

Tale attività di monitoraggio si manifesta anche in un'apposita rendicontazione mensile, redatta sulla scorta dei dati e delle informazioni necessarie e pertinenti rispetto a ciascun obiettivo assegnato ed agli adempimenti LEA forniti entro il 5 di ogni mese da ciascun Direttore/Responsabile di U.O.

Rientra, inoltre, tra i compiti della Cabina anche la funzione di consulenza e di supporto alla Direzione Generale in materia.

COMMISSIONE DI INTERNAL AUDIT SUI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI

In virtù di quanto dispone il D.Lgs n. 165 del 30.03.2001 sulla necessità della verifica periodica della rispondenza delle determinazioni organizzative ai principi dell'ordinamento, è istituita presso l'AORN, con specifico provvedimento, la Commissione di Internal Audit sui provvedimenti amministrativi con il compito principale di effettuare la verifica di conformità delle Determine Dirigenziali alla regolamentazione interna, ai processi aziendali ed alla loro corretta implementazione, nonché il monitoraggio delle iniziative implementate affinché ne sia assicurata la coerenza con le preventive decisioni assunte e dunque con gli obiettivi pianificati.

Le suindicate verifiche documentali di compliance vengono effettuate periodicamente, su base campionaria, attraverso un processo che assicura compiutezza di analisi istruttorie segregate, nel rispetto di ruoli e responsabilità, ed affidabilità delle informazioni quali presupposti per decisioni consapevoli; sostenibilità delle iniziative tecnicamente fattibili a salvaguardia del patrimonio e quindi della continuità aziendale; rispetto della normativa esterna ed interna a tutela di responsabilità aziendali e personali che inevitabilmente pregiudicherebbero il conseguimento degli obiettivi.

Le risultanze dei lavori della Commissione, debitamente verbalizzate, sono partecipate singolarmente ai Direttori/Responsabili di U.O. interessata, al fine della condivisione dei correttivi da apportare nell'implementazione dei processi e nell'esecuzione delle attività di pertinenza, e potranno, altresì, costituire un valido strumento per la proposizione di modelli organizzativi sempre più in linea con la mission e la vision aziendali.

NUCLEO ISPETTIVO AZIENDALE

Il NIA ha il compito di agire sotto il coordinamento della Direzione Amministrativa e/o della Direzione Sanitaria in ragione della specifica tematica e di svolgere compiti di verifica e controllo dei processi di funzionamento di tutte le attività dell'Azienda Ospedaliera, con particolare riferimento all'accertamento della regolarità dei processi e dei procedimenti, nonché dell'erogazione dei servizi ospedalieri e sanitari.

Il NIA è funzionalmente ed organizzativamente autonomo ed è costituito con Deliberazione del Direttore Generale.

È composto da 3 membri interni, coadiuvati eventualmente da due membri esterni esperti in materie specifiche, interessati dal Coordinatore del NIA (Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo) soltanto nel caso in cui l'indagine ispettiva richieda competenze nelle discipline in questione.

I componenti del Nucleo Ispettivo Aziendale restano in carica un anno, eventualmente prorogabile.

Il Servizio Ispettivo è coadiuvato da un dipendente del comparto afferente al ruolo PTA, con funzioni di segretario.

Per ulteriori approfondimenti ci si riporta al Regolamento aziendale in materia.

TEAM PLURIPRESIDIALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il Team Pluripresidiale per la Gestione del Rischio Clinico (TPGRC) è l'infrastruttura professionale multidisciplinare, istituita a livello aziendale con apposito provvedimento e posta sotto l'egida della Direzione Sanitaria, votata ad individuare ed adottare gli strumenti necessari per ottimizzare la gestione del rischio, per valutare e governare i rischi clinici insiti nelle diverse attività sanitarie, per ridurre l'esposizione dei pazienti ai rischi, al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori ed a limitare le conseguenze morali ed economiche che inevitabilmente gravano sui sanitari e sulla stessa Azienda al verificarsi del rischio.

Il Team è chiamato a svolgere i seguenti compiti:

- recepisce e diffonde le indicazioni regionali, le Linee guida, le buone pratiche, le raccomandazioni ministeriali, le check list e gli altri strumenti per la prevenzione degli errori in sanità e ne monitora l'applicazione;
- valuta le informazioni esistenti sul profilo di rischio aziendale e supporta la Direzione Strategica nella definizione degli indirizzi volti alla formulazione degli obiettivi annuali delle Strutture aziendali in materia di rischio clinico;
- verifica la concreta attuazione da parte delle singole Strutture operative e relaziona alla Direzione Strategica in ordine al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati in tema di rischio clinico;
- promuove le segnalazioni degli eventi sentinella, degli eventi avversi e degli errori e ne monitora l'andamento, lo sviluppo dei percorsi e delle metodologie per lo studio dei processi e delle criticità più frequenti per la gestione del rischio e per la rilevazione del rischio di inappropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e dei comportamenti di medicina difensiva;
- attiva appositi audit, avvalendosi dei facilitatori, per esaminare eventuali criticità o situazioni specifiche (eventi sentinella, eventi avversi, etc.), segnalate dalle Strutture aziendali o dall'utenza, individua percorsi necessari alla loro risoluzione;
- approva il Rapporto annuale aziendale sul profilo di rischio aziendale e la Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura ex L. n. 17 (24) del 08.03.2017, redatti dalle UU.OO.CC. Epidemiologia D.M.P. di Sant'Agata de' Goti e Affari Generali e Legali, nelle quali sono riportate le cause che hanno prodotto eventuali eventi avversi, i conseguenti audit ed iniziative messe in atto ed i sinistri denunciati nell'anno in corso e nel quinquennio precedente;
- rendiconta annualmente al Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del Paziente le attività svolte e gli obiettivi raggiunti;

- si rapporta con la U.O.C. Ufficio Relazioni con il Pubblico per approntare le linee strategiche per il miglioramento dei rapporti con l'utenza e dell'immagine della struttura da sottoporre alla Direzione Strategica;
- promuove, anche attraverso campagne di sensibilizzazione e con l'apporto dell'IPASD Formazione, la cultura della sicurezza creando negli operatori maggiore consapevolezza in riferimento alle azioni, agli eventi e i loro effetti sulla sicurezza dei pazienti;
- sviluppa procedure aziendali e sottopone a revisione documenti già esistenti;
- monitora, in collaborazione con la U.O.C. Affari Generali e Legali, gli eventi/errori che hanno generato formali denunce di sinistro, anche attraverso la partecipazione di un proprio rappresentante nel Comitato Valutazione Sinistri aziendale;
- organizza le attività necessarie per ottemperare agli specifici indicatori di cui alla DGR n. 1639/2016 relativi alla cultura della sicurezza, prevenzione e gestione dei rischi;
- propone alla Direzione Strategica le modalità di coinvolgimento e di partecipazione del cittadino nei percorsi della sicurezza;
- predispone il materiale da inserire sul sito aziendale, nello spazio web dedicato alla Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del paziente, in modo tale che renda visibile l'organizzazione della Struttura, i principi e i metodi di gestione del rischio sanitario e le iniziative per la sicurezza dei pazienti.

Per ulteriori approfondimenti ci si riporta al Regolamento aziendale in materia.

COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Il Comitato per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), istituito in Azienda con specifico provvedimento in ossequio alle Circolari del Ministero della Salute n. 52 del 20.12.1985 e n. 8 del 30.10.1988, è un gruppo multidisciplinare che coordina le attività finalizzate alla sorveglianza ed alla prevenzione delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale.

Ha il compito di effettuare:

- il supporto in tutte le fasi decisionali per l'organizzazione di un sistema di sorveglianza sui patogeni sentinella;
- la predisposizione di linee guida, piani, protocolli, azioni di miglioramento ed eventi formativi atti a ad informare ed a sensibilizzare gli operatori sulle attività necessarie per prevenire e/o ridurre la trasmissione di microrganismi durante l'attività sanitaria, anche attraverso la valutazione dei dispositivi, delle attrezzature e dei prodotti utilizzati;
- il supporto alle UU.OO. dal punto di vista delle competenze tecnico-scientifiche e metodologiche;
- la sorveglianza e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e specificatamente della sepsi e la verifica dei casi epidemici eventualmente insorti in Azienda;
- la promozione di una politica di corretto utilizzo degli antibiotici in ospedale per ridurre livelli di resistenze antibiotiche dei vari microrganismi;
- curare la produzione di periodici reports e valutazioni sull'andamento delle ICA, nonché la relazione annuale da presentare alla Direzione Sanitaria Aziendale;

ORGANISMO DI AUDIT "QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE"

L'Organismo, istituito con apposito provvedimento per rispondere all'esigenza di garantire la sicurezza delle cure fissata dall'art. 1, comma 2, della Legge 8 marzo 2017, n. 24, ha il compito di mettere in campo attività volte alla prevenzione ed alla gestione del rischio attraverso un appropriato impiego di tutte le risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.

Nell'ambito di tali azioni è tenuto a predisporre percorsi di auditing finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità (rotazionali, strutturali ed organizzative) suggerendo eventuali soluzioni, con contestuale sviluppo di reportistica aziendale, preordinati anche alla raccolta dei dati sui rischi, aventi avversi e contenzioso, da trasmettere, in ossequio alle disposizioni di cui all'art. 2, comma 4, della Legge 8 marzo 2017, n. 24, al Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

L'Organismo persegue i suoi obiettivi anche attraverso la realizzazione di attività formativa volta all'ampliamento delle competenze del personale deputato a gestire il rischio sanitario nella gestione del delicato settore dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, con finalità di tutela del diritto alla salute e di ottimizzazione dell'attività di gestione del rischio clinico.

COMITATO BUON USO DEL SANGUE

Il Comitato, istituito con specifico provvedimento in ottemperanza al D.M. Sanità 1 settembre 1995, è un organismo composto da sanitari interni e da un rappresentante delle associazioni dei donatori, con il compito di "a) determinare gli standard e le procedure per l'utilizzazione del sangue; b) definire la richiesta massima di sangue per tipo di intervento (MSBOS); c) promuovere la pratica della trasfusione di sangue autologo (autotrasfusione); d) coinvolgere organizzativamente le unità operative di diagnosi e cura su programmi di risparmio di sangue, emocomponenti e plasmaderivati; e) contribuire al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e plasmaderivati; f) definire i controlli di sicurezza e verifica; g) effettuare la valutazione della pratica trasfusionale nei singoli reparti (audit-edico); h) favorire l'informatizzazione del sistema di donazione e trasfusione ospedaliero; i) stabilire rapporti di collaborazione con i referenti per le attività trasfusionali delle case di cura private.".

Le valutazioni sul corretto uso del sangue vanno a confluire in un apposito rapporto, trasmesso annualmente alla Regione ed alla Struttura Regionale di Coordinamento Attività Trasfusionali.

COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DEL RISCHIO RADIOLOGICO

La Commissione, istituita con specifico provvedimento ai sensi dell'art. 58, comma 4, del D.P.R. 20 maggio 1987, n. 270, si occupa di individuare il personale sanitario, diverso da quello medico e tecnico di radiologia, soggetto a rischio radiologico, cui spetta l'indennità mensile prevista dall'art. 1 della L. 28 marzo 1968, n. 416.

L'organismo in parola verifica quali operatori siano esposti ad un rischio non minore, per continuità ed intensità, rispetto al personale di radiologia, utilizzando i criteri minimi fissati dal DCA n. 7 dell' 11.02.2016, ai fini dell'attribuzione dell'indennità ed aggiorna tale elenco nel rispetto della normativa.

COMMISSIONE PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO

In ossequio alle disposizioni di cui alla L. 16 novembre 2001, n. 405, di conversione del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, che prevedono iniziative da parte delle Regioni volte al contenimento dei tetti di spesa, ed ai principi individuati nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale, è istituita in Azienda con specifico provvedimento l'apposita Commissione con lo scopo di promuovere l'uso appropriato dei farmaci e di assicurare, nel contempo, il controllo dei loro costi.

Tale attività si esplica anche attraverso l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero, annoverato tra gli strumenti di potenziamento del governo della spesa farmaceutica e dei controlli sull'appropriatezza prescrittiva, improntata su scelte di priorità nell'impiego dei farmaci genericati e/o senza brevetto, nell'equivalenza terapeutica, nonché nell'utilizzo delle valutazioni farmaco economiche.

COMMISSIONE INTERNAL AUDITING SUI PAC

È un Organismo interno, chiamato a monitorare la corretta applicazione delle procedure adottate dall'Azienda nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) e di segnalare alla Direzione Amministrativa eventuali anomalie riscontrate e suggerire le azioni correttive da intraprendere.

In dettaglio, la Commissione ha il compito di verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite ed identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi, implementando misure idonee per ridurli.

Può, inoltre, contribuire a segnalare opportunità di miglioramento, fornendo suggerimenti volti ad accrescere l'efficienza, la performance complessiva e l'economicità di metodiche lavorative.

RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)

Ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190, e del D.Lgs 25 maggio 2016, n. 97, l'Azienda si è dotata di un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nominato dal Direttore Generale con specifico provvedimento, con il compito di effettuare le seguenti attività:

- predisporre il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) ed il suo aggiornamento annuale;
- vigilare sul funzionamento e l'osservanza del PTPCT all'interno dell'amministrazione;
- segnalare al Direttore Generale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni concernenti la trasparenza e l'anticorruzione;
- individuare appositi percorsi formativi per il personale dell'Azienda;
- verificare il rispetto delle disposizioni dettate dalle disposizioni normative e dal Piano Nazionale Anticorruzione, nonché quelle in materia di trasparenza;
- ricevere e dare riscontro alle segnalazioni del whistleblowing;
- redigere e pubblicare la relazione annuale a consuntivo dell'attività svolta, nonché tutti i documenti stabiliti dalla normativa vigente in materia di anticorruzione e trasparenza;
- effettuare, ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs 33/2013 "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione

(OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione";
- operare, in caso di espressa richiesta il riesame delle richieste di accesso civico nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni";
- curare la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.

RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)

In ottemperanza all'art. 31 del D.Lgs 9 aprile 2008 n. 81, il Direttore Generale ha provveduto, con specifico provvedimento, alla nomina del RSPP, deputato a sovrintendere al Servizio di prevenzione e protezione chiamato:
- ad assistere il Datore di Lavoro nell'individuazione dei fattori di rischio, previa apposita valutazione, che confluisce nel Documento Valutazione dei Rischi (DVR) ed eventualmente in quelli particolareggiati;
- ad elaborare le misure preventive e protettive per la sicurezza e la salubrità degli ambenti di lavoro, e ne individua i sistemi di controllo;
- a proporre programmi di informazione e formazione fornendo direttamente specifiche informazioni ai lavoratori sui rischi potenziali e sulle relative misure di prevenzione;
- a stilare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- a presenziare alle consultazioni in materia di tutela della salute e di sicurezza sul lavoro ed alla riunione periodica fissata dal Datore di Lavoro/Direttore Generale con il Medico Competente ed i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;

RESPONSABILE TECNICO DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO (RTSA)

L'Azienda, in ossequio al D.M. 19 marzo 2015 di "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002", ha provveduto, con specifico provvedimento, alla individuazione del Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio, con compiti di predisposizione e di attuazione delle misure tecniche e gestionali comprendenti il Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio, nonché della pianificazione, coordinamento e verifica dell'adeguamento degli edifici dell'AO.

DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

In ottemperanza alle disposizioni di cui all'art. 37 paragrafo 7 del Regolamento UE 679/2016, conosciuto come GDPR, il Direttore Generale, con apposito provvedimento, ha provveduto alla individuazione del Data Protection Officer, con il compito specifico di fornire al Titolare un parere in merito alla valutazione di impatto sulla protezione dei dati; mediante la struttura e le risorse

all'uopo dedicate, di sorvegliare l'osservanza della normativa privacy e di presidiare e verificare il corretto utilizzo dei dati sensibili, con speciale attenzione a quelli relativi alla salute; di offrire al medesimo titolare, agli incaricati ed ai dipendenti consulenza in ordine agli obblighi connessi al trattamento dati; di prevedere misure a salvaguardia dei dati medesimi; di cooperare con l'autorità di controllo, della quale rappresenta il punto di contatto.

NORME DI RINVIO E FINALI

Per quanto non previsto dalla presente procedura si rinvia ai principi desumibili dalla legislazione vigente in materia ed ai regolamenti aziendali approvati in relazione ai singoli Organi / Organismi.

Il presente Regolamento entra in vigore dalla data di esecutività dell'atto deliberativo.